

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963.

THÈSE

N°

254

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Odette SACHS-RECHTER

née le 18 novembre 1931, Paris (13e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

LE RENFORCEMENT DU MUSCLE GRAND OBLIQUE
SES INDICATIONS DANS LE STRABISME

Président : G. RENARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Odette SACHS-RECHTER

née le 18 novembre 1931, Paris (13e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

LE RENFORCEMENT DU MUSCLE GRAND OBLIQUE
SES INDICATIONS DANS LE STRABISME

Président : G. RENARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Foy (B.), Gastinel (P.), Haiphén (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mécquet (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREX (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREX (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCKMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	GORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		GOUELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) GHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) NOZZIGONACE (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) DOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARGE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELIE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

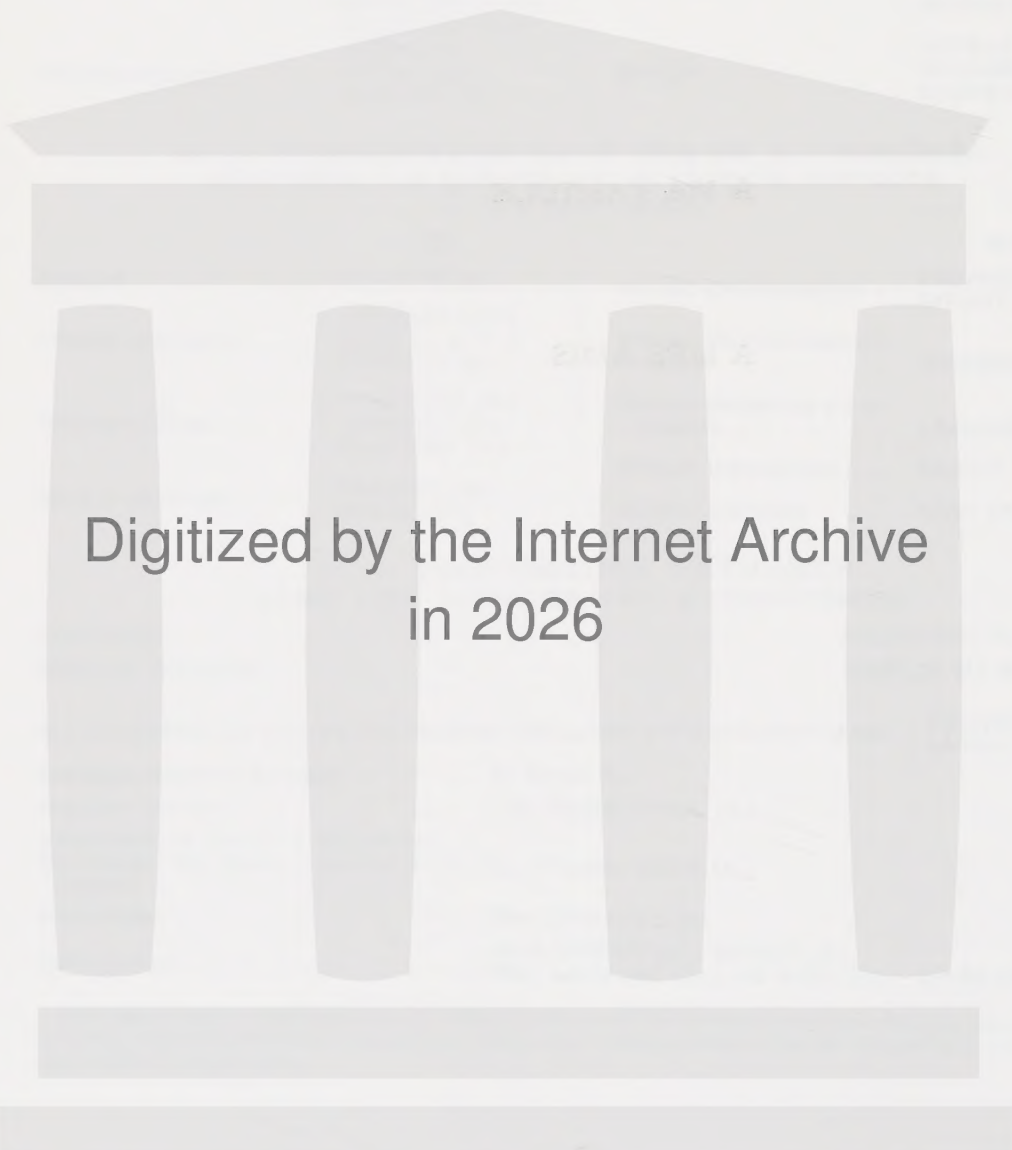
V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152013_0028

A Monsieur le Professeur G. RENARD

Professeur de la Chaire Ophtalmologique
de la Faculté de Paris,

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'assurance de nos sentiments
reconnaissants et notre profond
respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. BREGEAT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Il nous a prodigué son aide très précieuse
au cours de l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde gratitude et de notre attachement.

A mes Maîtres en d'Ophtalmologie

Monsieur le Docteur M.A. DOLLFUS

Monsieur le Professeur G. RENARD

Monsieur le Professeur Agrégé P. BREGEAT

Monsieur le Professeur Agrégé H. SARRAUX

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur R. MERLE d'AUBIGNE

Monsieur le Professeur M. LACOMME

Monsieur le Professeur G. BROUET

Monsieur le Professeur R. GARCIN

INTRODUCTION

Depuis les travaux de WHEELER, MAC LEAN et MAC GUIRE qui ont montré que le renforcement du grand oblique ne présentait pas de difficultés techniques particulières, les indications chirurgicales du strabisme vertical connaissent un jour nouveau.

A l'exemple des auteurs américains, les chirurgiens européens adoptent de plus en plus nombreux cette technique, et ce aux dépens de la myectomie du petit oblique, dont les résultats se sont révélés inconstants.

Etant donné la moindre fréquence, du moins apparente, du strabisme vertical et le peu d'ancienneté de cette technique, les publications parues sont peu nombreuses, surtout américaines et portent sur peu de cas si on les compare aux statistiques portant sur la myectomie du petit oblique.

Dans l'ensemble, le renforcement par plissement connaît plus de succès que celui par raccourcissement du tendon.

Nous étudierons successivement les différentes techniques de renforcement du grand oblique, après un bref rappel anatomique du muscle, puis ses indications, enfin nous présenterons 7 observations dues à l'obligeance de nos maîtres Monsieur le Professeur RENARD, Monsieur le Professeur Agrégé BREGEAT et Monsieur le Professeur Agrégé SARRAUX.

Cependant on ne peut aborder cette étude sans rappeler rapidement la longue histoire de la chirurgie du strabisme vertical.

HISTORIQUE DE LA CHIRURGIE DU STRABISME VERTICAL

La chirurgie proprement dite du strabisme vertical débute vers 1858 avec les travaux de VON GRAEFE sur la chirurgie des droits verticaux. Deux opinions s'affronteront quant au traitement de l'hypoaction du grand oblique. Ceux qui pensent qu'il faut agir sur les droits verticaux controlatéraux (Ecole de VON GRAEFE), et ceux qui, 20 ans après, estiment qu'il faut affaiblir le petit oblique homolatéral hyperactif (LANDOLT 1885).

En effet, en 1858, VON BRAEFE codifie l'abaissement du globe dans les paralysies du grand oblique :

- soit par ténotomie du droit inférieur controlatéral (synergique hyperactif) ;
- soit par renforcement du droit supérieur controlatéral (antagoniste contracturé du synergique).

Malgré la publication de LANDOLT en 1885, cette technique sera poursuivie jusqu'en 1930 (WELLS, EPERON, JACKSON, DUNNINGTON, BANNISTER, AURAND), le "nolli me tangere" de VON GRAEFE (1889) relatif aux obliques restant longtemps puissant.

Il faut attendre 1906 avec DUANE, pour que la myectomie du petit oblique connaisse son véritable essor.

On retrouve bien au milieu du 18ème siècle une intervention pratiquée par John TAYLOR, "ce charlatan qui parcourait l'Europe en se faisant

passer pour oculiste" (Fink). Il soignait "la loucherie", par une incision mystérieuse à la partie inféro-interne du globe ; on suppose qu'il faisait une myotomie du petit oblique.

BONNET en 1841 décrit aussi une technique sur une intervention possible sur le petit oblique pour traiter les myopies évolutives.

Il faut attendre 1885 avec LANDOLT, qui décrit une technique précise de ténotomie du petit oblique dans le traitement de la paralysie du grand oblique, du torticollis oculaire. Cependant il semble qu'il n'ait pratiqué cette intervention que sur le cadavre.

C'est DUANE (1906) qui donne un renouveau à la myectomie du petit oblique à son origine orbitaire, bientôt, suivi de POSAY (1915) qui publie les travaux de DUANE, de WHITE (1933), de BIELCHOWSKI, MALBRAN, CHAVASSE.

WHITE et BROWN décrivent en 1939 la ténotomie du petit oblique à son insertion sclérale.

WHITE en 1943 rapporte les deux premiers cas de recul du petit oblique.

D'une façon générale, on traite l'hypoaction du grand oblique en agissant sur le petit oblique homolatéral :

- soit par myectomie avec ablation d'un centimètre de muscle, de préférence à l'insertion orbitaire (CHAVASSE, MALBRAN).
- soit par une myotomie de préférence à l'insertion sclérale,
- soit par des chicanes marginales
- soit par un recul de l'insertion sclérale.

Ce n'est qu'en 1934 que WHEELER, le premier, pense à agir en renforçant le muscle paralysé. En effet, toutes ces interventions présentent le même inconvénient : elles ne corrigent pas ou corrigent peu le défaut dans le champ d'action du muscle grand oblique et il pense qu'il est plus logique

de renforcer ce muscle plutôt que d'affaiblir son antagoniste.

La technique qu'il propose est cependant délicate :

- avancement de l'insertion du grand oblique avec raccourcissement.

Il faut attendre MAC LEAN, MAC GUIRE et FINK qui, en 1945, reprennent l'idée de WHEELER, mais en renforçant le grand oblique par un plissement ou par un raccourcissement simples. Au cours de ces dernières années devant les résultats satisfaisants de cette intervention, nombreux auteurs ont adopté cette technique (MALBRAN, HUGONNIER, LAVAT, THOMAS, BANGERTER, CUPPERS, SEVRIN), l'abord du grand oblique ne présentant guère de difficultés pour un chirurgien habitué à la chirurgie du décollement de rétine.

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous n'étudierons que la portion réfléchie, tendineuse du muscle grand oblique, depuis la trochlée, jusqu'à son insertion sclérale. En effet du point de vue physiologique, tout se passe comme si le muscle avait son origine au niveau de la trochlée.

I. - LA TROCHLEE

=====

A l'angle supéro-interne de l'orbite, sur l'apophyse orbitaire interne de l'os frontal, se trouve la fossette trochléaire, sur laquelle se fixent des renforcements aponévrotiques, qui vont former un tunnel fibro-cartilagineux de 4 à 5 mm de long, où va s'insinuer et glisser le tendon du grand oblique.

Cette poulie est fortement adhérente à l'os qui la sépare par une mince lame des prolongements internes du sinus frontal. Elle est parfois renforcée par une petite plaque cartilagineuse ou par une ossification plus ou moins complète de son pourtour. A l'intérieur, on y rencontre souvent entre les bords et le tendon musculaire, une bourse séreuse.

L'insertion de la trochlée est à 5 mm en arrière du rebord orbitaire supérieur et sa palpation permet de la sentir très facilement au bout du doigt : c'est un repère précieux dans la chirurgie du grand oblique. Ses rapports avec les plans superficiels et le sinus frontal expliquent facilement les atteintes traumatiques du grand oblique par désinsertion de la poulie.

II. -- PORTION TENDINEUSE

=====

Elle prend naissance en arrière de la poulie de réflexion du grand oblique. Ce tendon cylindrique s'engage dans la trochlée ; il se dirige en bas, en arrière et en dehors, et forme un angle de 54° ouvert en arrière et en dehors avec la portion musculaire ou directe. En abordant le bord interne du muscle droit supérieur, le tendon perd sa forme cylindrique pour devenir plus large et plus mince.

La longueur totale de ce tendon est de 30 mm, qui se répartissent ainsi :

10 mm pour la partie rétrotrochléaire,

2 à 3 mm pour la partie intratrochléaire,

18 mm pour la partie prétrochléaire ou réfléchie

du tendon dont 10 mm sont situés entre la trochlée et le bord interne du droit supérieur (FINK).

Dans sa portion tendineuse, le grand oblique contracte des rapports importants, d'une part, avec les éléments de l'orbite et, d'autre part, avec la trochlée.

Sa face supérieure est croisée dans sa partie interne par le nerf et l'artère sus-orbitaires, qui sortent de l'orbite par l'échancrure sus-orbitaire. Près de la trochlée, elle est cravatée par le nerf supratrochléaire qui s'anastomose avec le nerf infratrochléaire sous-jacent à la trochlée. Plus en dehors, elle est recouverte par la face inférieure du droit supérieure sous-jacent au releveur.

Sa face inférieure surplombe le lobule adipeux supéro-interne de l'orbite parcouru par le nerf infratrochléaire et par les branches de l'artère ophtalmique, représentée par les artères palpébrales et l'artère nasale.

Son bord antérieur reste à distance du septum orbitaire et passe à 2,5 mm de l'extrémité nasale de l'insertion sclérale du droit supérieur. Ce rapport a une grande importance chirurgicale ; le recul du droit supérieur ne devra donc pas dépasser 3 mm.

III. - INSERTION SCLERALE

=====

Elle siège dans le quadrant postérieur et supéro-externe du globe oculaire, en arrière de l'équateur. Cette insertion sclérale a la forme d'une ligne courbe à convexité postéro-externe ; elle croise obliquement le méridien vertical du globe oculaire.

La ligne d'insertion sclérale a une longueur de 10,8 mm en moyenne, mais les mesures extrêmes varient entre 9 et 13 mm.

L'extrémité antérieure de cette insertion est à 4,57 mm de l'extrémité temporale de l'insertion du droit supérieur, à 13,8 mm du limbe scléro-cornéen, à 0,50 mm en avant de l'équateur et à 16 mm de l'extrémité antérieure de l'insertion sclérale du petit oblique.

L'extrémité postérieure est à 18,8 mm du limbe, à 6 mm du nerf optique (FINK) et à 13,5 mm de l'extrémité postérieure de l'insertion sclérale du petit oblique.

Son insertion sclérale est à 2 à 3 mm du point d'émergence de la veine vorticineuse supéro-temporale et à 13 mm de la macula (FINK).

IV. - GAINÉ DU TENDON REFLECHI

=====

Le gainé de la portion tendineuse comprend deux parties (FINK) :

- Une première partie, étendue de la trochlée au bord interne du droit supérieur, est renforcée par les expansions latérales internes du releveur de la paupière et du droit supérieur qui enveloppent la capsule de Tenon. Le tendon réfléchi du grand oblique se trouve ainsi entouré par deux gaines concentriques : l'une interne formée par l'expansion de la capsule de Tenon et l'autre, externe, formée par les expansions latérales des gaines du releveur et du droit supérieur.

- La deuxième partie de la gaine, étendue du bord interne du droit supérieur à l'insertion sclérale du tendon réfléchi, a une structure plus simple ; elle est formée uniquement par la capsule de Tenon.

A l'intérieur de cette gaine, le tendon arrondi du grand oblique peut coulisser facilement. Tendon et gaine sont réunis par de fines travées fibreuses plus ou moins lâches.

TECHNIQUES

GENERALITES

- La chirurgie du grand oblique s'adresse uniquement à la portion réfléchie tendineuse du muscle.

- L'avancement avec résection de WHEELER ayant été abandonné par tous les auteurs en raison du danger que représente la proximité de la macula et des vortiqueuses, le renforcement du grand oblique s'obtient soit par un raccourcissement (Mac GUIRE), soit par un plissement (Mac LEAN).

- La voie d'abord se fait à XII heures au niveau du droit supérieur en prolongeant l'incision en dehors ou en dedans selon qu'on opère sur la portion temporale ou nasale du tendon.

Le droit supérieur peut être sectionné ou simplement écarté, pour obtenir une meilleure exposition du grand oblique, nous reviendrons sur ce point au paragraphe des discussions.

- Il est préférable d'opérer sous anesthésie générale.

TECHNIQUES

I. - LE PLISSEMENT du tendon peut se faire sur sa portion temporale (Mac LEAN, nous-mêmes, BERENS), soit sur la portion nasale (FINK).

Plissement selon Mac LEAN

Incision conjonctivale curviligne, parallèle au limbe à un centimètre de lui, dans le quadrant temporal supérieur et commençant vers XII heures. La sclère est largement mise à nu, comme pour un décollement de rétine. Avec des fils tracteurs ou des crochets placés sous le droit supérieur et droit externe, on attire l'oeil en bas et en dedans, cependant qu'un écarteur d'Arruga éloigne la conjonctive. Le champ opératoire est ainsi visible et le grand oblique s'offre au regard. Un crochet (de préférence petit) est alors passé sous le tendon dont la partie moyenne soulevée se sépare de la sclère. Si l'on possède un plisseur, on le place à ce moment. Sinon, le crochet restant en place, une pince à strabisme est mise de façon à plisser le tendon, le raccourcissement devant être de 1 centimètre environ.

Les sutures sont alors mises au dessous de la pince : une antérieure, une postérieure, sutures simples au catgut 00.000. Un point en U est placé à la partie médiane. La pince et le crochet sont enlevés. On passe un catgut au sommet du pli d'une part, dans la partie temporale de la sclère d'autre part de façon à rabattre et fixer le pli. Ce point de suture ne sert à rien pour le renforcement ; son but est de fixer le pli pour éviter une cicatrisation anormale.

Notre Maître le Professeur Agrégé Brégeat adopte pour la technique de Mac LEAN les variantes suivantes :

La voie d'abord, l'exposition du tendon oblique sont identiques. Un point important : disséquer le droit supérieur au minimum et éviter de le tirailler. Un petit crochet à strabisme aborde ce muscle du côté temporal et sert à abaisser le globe. Le grand oblique est abordé par un autre crochet à strabisme qui glisse le long du bord externe du droit et passe sous le grand oblique. On attire le tendon avec ce crochet et on le dénude de sa gaine. On le prend ensuite dans une pince plate spécialement conçue (photo) large de 4,5 mm. L'aide tient cette pince, la tourne vers le côté temporal en lui faisant subir une rotation de 90°, un pli de 2 x 4,5 mm est ainsi obtenu.

On place deux sutures sous la pince, l'une antérieure, l'autre postérieure prenant la portion de tendon adjacente à la pince (fil de nylon 0000). Une troisième suture centrale est placée entre les deux autres. Il est préférable de passer une deuxième fois le fil dans le pli avant de nouer la suture de façon à obtenir une double anse, plus solide. Les sutures seront nouées du côté temporal du pli de façon à les enfouir lorsqu'on rabattra celui-ci, puis on passe un fil de nylon à chaque extrémité du pli d'une part, dans la sclère temporale d'autre part en rabattant le pli dans l'axe du tendon. Le lambeau tendineux ainsi fixé reste bien étalé. On peut recouvrir ensuite le pli et les sutures avec un lambeau de gel-film qui sera ainsi interposé entre les plans du grand oblique et du droit supérieur, pour éviter une adhérence éventuelle post opératoire et permettre le jeu de ces différents muscles.

Plissement de FINK

Sa technique diffère de celles de Mac LEAN, il préfère plisser le tendon dans sa portion nasale.

Il place un fil de traction à 12 heures au niveau du limbe de l'oeil qui est attiré en bas. Incision de la conjonctive à 12 heures, à 10 ou 12 mm du limbe, prolongée du côté nasal. Le droit supérieur et sa gaine sont isolés du fascia environnant. L'aide, avec un crochet, passe sous le bord nasal du droit supérieur, l'écarte vers le côté temporal, exposant la gaine et le fascia du grand oblique. Le tendon et la gaine l'entourant sont isolés et séparés du fascia environnant sur une longueur de 1 cm en commençant le plus près possible de l'insertion nasale et en allant vers le milieu. Gaine et tendon isolés sont placés sous le tucker (plisseur) de telle sorte que le pli fait et établi reste à 2 ou 3 mm de l'insertion. On crante la face interne du pli de sorte à obtenir une cicatrice plus serrée. Il ne faut pas traumatiser la surface externe pour éviter une adhérence avec la gaine du droit supérieur. On place une suture (soie n° 6-0), de part et d'autre du centre du pli, on serre le point. Le plisseur est enlevé, le pli aplati de sorte à couvrir au maximum les sutures pour éviter le contact entre les sutures et

la face inférieure de la gaine du droit supérieur.

Grâce au plisseur, on peut mieux doser la correction.

WEEKERS préfère la technique de FINK - BERENS (1961) préfère la portion temporale en formant un pli par points musculoépisléaux.

Le chinch d'O'CONNOR appliqué au grand oblique choque a priori notre esprit car la présence de tous ces fils risque de créer des adhérences.

II. - TECHNIQUE DE RACCOURCISSEMENT SELON MAC GUIRE.

=====

La voie d'abord est la même que pour le plissement selon Mac LEAN.

Mais Mac GUIRE pense que pour avoir une bonne exposition du tendon du grand oblique, il faut sectionner le droit supérieur.

Après avoir dégagé ainsi le tendon du grand oblique, il pratique une résection du tendon sur une longueur plus ou moins grande selon l'effet désiré. Le tendon ainsi raccourci est suturé sur le moignon restant et le droit supérieur est remis en place.

DISCUSSION DES TECHNIQUES

- d'une manière générale, le plissement est plus souvent pratiqué que le raccourcissement. En effet, le tendon du grand oblique étant avasculaire, on envisage mal la cicatrisation des surfaces en présence. FINK propose d'inclure dans ce cas du revêtement aponévrotique dans la section.

- la voie d'abord supéro-temporale nous semble préférable car on est plus à l'aise pour placer les sutures. L'exposition du tendon du grand oblique ne nécessite pas la section du droit supérieur. Bien que Mac GUIRE, sur ses 65 cas, n'ait jamais eu de complications, la majorité des auteurs préfère traumatiser au minimum le droit supérieur, par crainte d'adhérences post

opératoires avec le grand oblique, mais aussi par crainte d'une parésie secondaire.

- l'hypercorrection post opératoire est exceptionnelle, à condition de faire le pli hors de la gaine. Si le pli est fait avec la gaine, il ne faut pas dépasser 8 mm (FINK), car l'effet obtenu est celui d'une pseudo rétraction de la gaine du grand oblique.

En moyenne le pli varie de 8 à 14 mm. Mac LEAN, FINK, sans dépasser 14, dosent le pli à la demande, pendant l'intervention, en créant une légère hypercorrection volontairement. Nous-mêmes, nous nous contentons d'un pli de 9 à 10 mm.

- les incidents opératoires (lésions des vortiqueuses, de la macula) n'ont été signalés par aucun auteur.

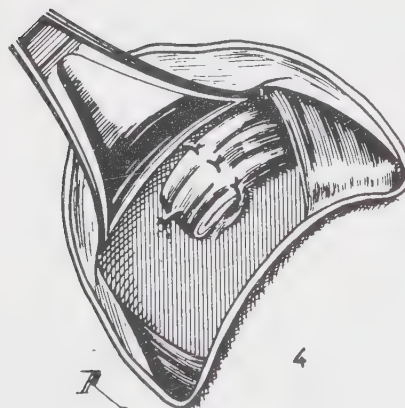
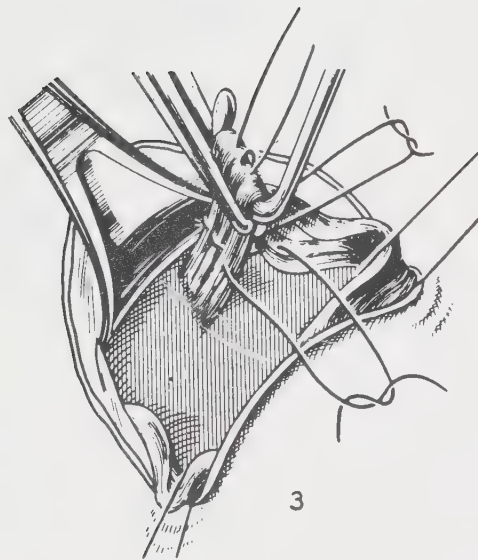
RESULTATS

- Mac GUIRE, sur ses 65 cas publiés, n'a eu que des résultats satisfaisants.
- Mac LEAN a publié 19 cas. D'après lui, le plissement du grand oblique se révèle insuffisant dans certains cas, où le petit oblique est particulièrement hyperactif. Il fut obligé de faire un affaiblissement du petit oblique dans un deuxième temps.

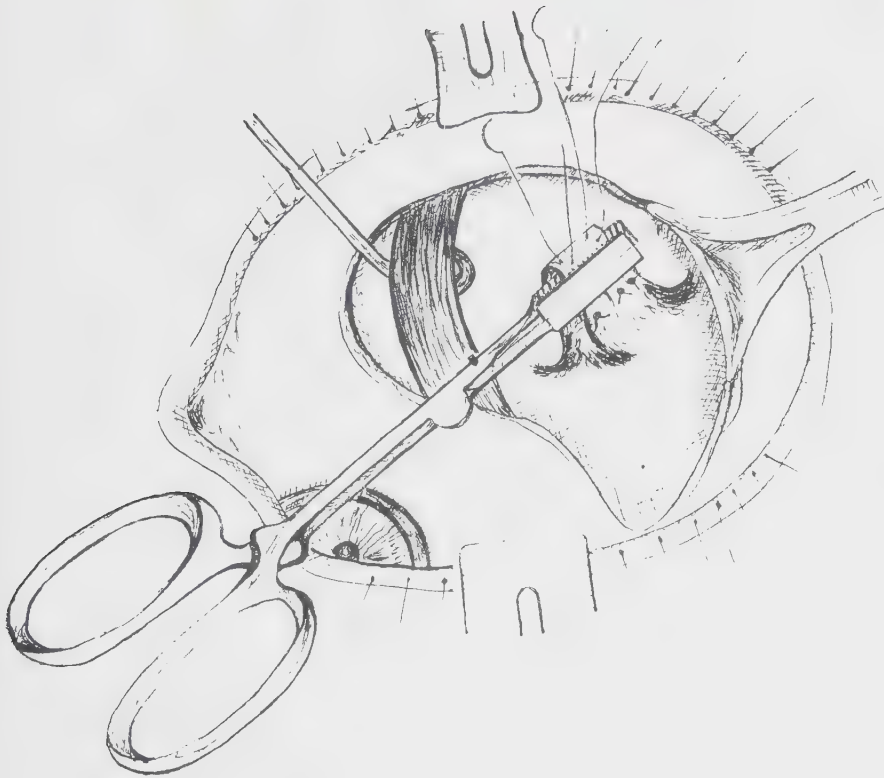
Dans nos 7 observations

Nous arrivons à une conclusion identique :

"Il faut toujours commencer par le grand oblique et n'agir sur les autres muscles verticaux ou obliques qu'en un deuxième temps".



Technique de MAC LEAN. Plissement du tendon et pose des fils à la base du pli. L'extrémité du pli est fixée à la sclère par une ou deux sutures



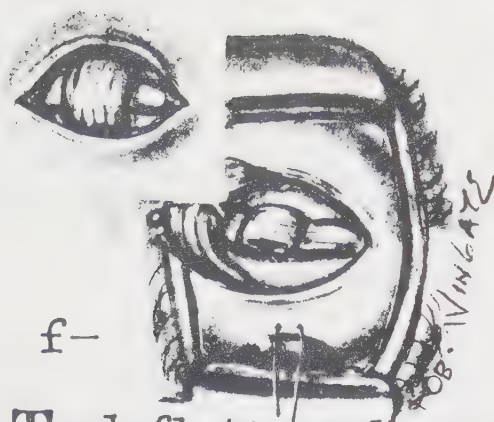
Oeil gauche

La pince est dessinée en vraie grandeur.
Le bec a 4 mm, 5 de large.

Plissement selon la technique de notre Maître
M. le Professeur Agrégé P. BREGEAT.

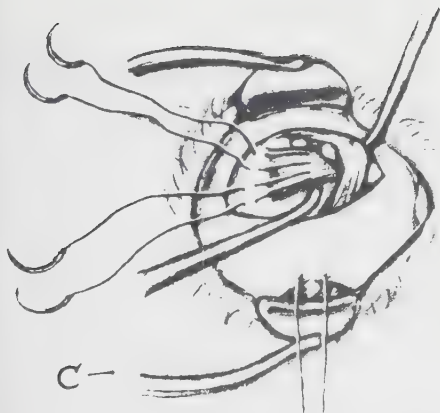


e- Muscle curetted and sutured.

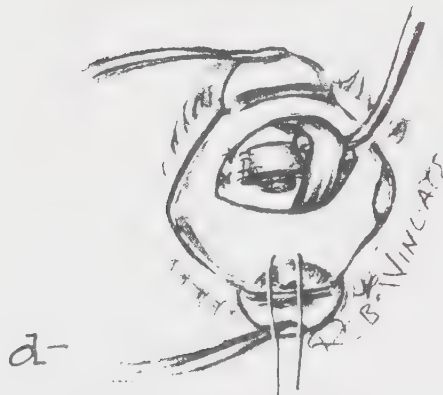


f- Tuck flattened under superior rectus.

Tucking of superior oblique (Procédé de Fink)



c- Double-armed sutures 3 to 10 mm. from attachment of m. superior oblique, engaging episclera temporal to the insertion.



d- Sutures tied with resultant tucking of m. superior oblique.

Tucking of superior oblique at its insertion (Berens technic).

INDICATIONS

L'opinion actuelle dominante est qu'il vaut mieux commencer par un plissement du grand oblique, plutôt que par une myectomie du petit oblique pour les abaissements du globe dans les strabismes verticaux, ou du moins ceux dans lesquels l'élément vertical est important.

En effet, l'affaiblissement du petit oblique hyperactif par myectomie (plutôt que par myotomie dont les résultats sont beaucoup moins satisfaisants) n'agit que peu dans le regard en bas et en dedans. Encore faut-il faire cette myectomie par voie conjonctivale (MALBRAN, CHAVASSE) et y associer une résection de 1 cm au galvano-cauthère (CHAVASSE), après ligature des deux chefs musculaires pour éviter une hémorragie intraorbitaire secondaire. Et malgré cette technique on a parfois la mauvaise surprise d'observer que l'effet est nul, insuffisant ou de courte durée (J. FRANCOIS en réintervenant, a pu remarquer dans un cas la présence d'un cordon fibreux néoformé, reliant les deux chefs musculaires).

L'indication du renforcement du grand oblique se pose dans les cas suivants :

1. - Paralysie traumatique du grand oblique

Rare dans les traumatismes craniens, elle est fréquente après

intervention O.R.L. sur la région fronto-orbitaire interne, ou après traumatisme direct de l'orbite.

Elle est due à un étirement de la poulie plutôt qu'à son arrachement. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, réalisant alors l'exocycloptropie avec son graphique caractéristique au Lancaster (ouvert vers le haut).

Le plissement sera fait 9 à 12 mois après le traumatisme, délai au-delà duquel une régression totale n'est plus à espérer et s'il y a eu étirement de la poulie, la consolidation a pu se faire.

2. - Paralysie congénitale du grand oblique ainsi que la paralysie du grand oblique de l'enfance

Elle peut être unilatérale : le tableau clinique est soit celui du torticolis oculaire caractéristique, soit celui d'un strabisme convergent avec élévation d'un oeil en adduction, soit encore l'aspect d'une paralysie du droit supérieur d'un côté, du grand oblique, de l'autre.

Elle peut être bilatérale réalisant une exocyclophorie bilatérale.

3. - Strabisme horizontal associé à une déviation verticale

Nous sommes devant le problème du strabisme vertical avec élévation en adduction, primaire ou secondaire à la déviation horizontale. Il s'agit le plus souvent d'un strabisme horizontal convergent.

Nous nous contentons de donner ici des indications quant à l'ordre suivant lequel on agira sur chacune des deux déviations.

Le plissement du grand oblique sera fait :

- Après l'intervention sur les droits horizontaux pour strabisme convergent, lorsque l'élément vertical est peu important, mais persiste et se montre une gêne pour la rééducation orthoptique.
- en même temps que l'intervention sur les droits horizontaux (dans la même séance) si l'examen clinique et orthoptique montrent que l'élément vertical associé ne pourra être réduit sans intervention.

- avant l'intervention sur les droits horizontaux, lorsque l'anamnèse et l'examen clinique confirmé par l'examen orthoptique montrent que l'élément vertical est le premier en date.

4. - Une dernière indication du plissement du grand oblique
quand la myotomie du petit oblique n'a pas suffi.

oOo

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Enfant Jean G.,..., 11 ans.

Est adressé de province le 8 février 1962 pour torticolis oculaire apparu dès la première année. La tête est inclinée sur l'épaule gauche, le torticolis est réductible par reflexe volontaire. Il existe un hypodéveloppement facial gauche. On retrouve dans les antécédents la notion d'accouchement par forceps.

Acuité : O.D. = 8/10 avec - 5, 50

O.G. = 8/10 avec (15° - 0, 50) - 2, 25

Examen à l'écran : strabisme convergent alternant avec correction

(ET 40 HD 12 ; sans correction ET 30 HD 12

(ET 35 H'D 12 ET 16 HD 18

Excursion :

- diminution des droits externes droit et gauche,
- mauvais reflexe de convergence
- upshoot du petit oblique droit

Correspondance rétinienne au Bielchowski : anormale

Synoptophore : avec correction

- angle objectif : + 35 HD 14
- subjectif : neutralise de + 6 à + 15.

Déviométrie :

	E'T 10	E'T 10	
droite	D'D 20	H'D 20	gauche
	E'T 16		
	H'D 20		
	E'T 10	E'T 10	
	H'D 18	H'D 20	

Conclusion : paralysie du grand oblique droit avec hyperaction très importante du petit oblique. On décide de faire un plissement du grand oblique.

Mai 1962 : Plissement du grand oblique droit de 10 mm

Résultat : après exercices orthoptiques l'examen montre :

Ecran : avec correction (ET 25 ; sans correction (ET 20
(E'T 12 HD₃ (E'T₂ H'D 3

E'T 16	E'T 14	E'T 14
H'D 2	H'D 0	H'D 2
	E'T S	
	H'D 6	
E'T 8	E'T 10	E'T 14
H'D 8	H'D 6	H'D S

Correspondance rétinienne : anormale

Synoptophore : angle objectif + 20

angle subjectif neutralisé de 0 à + 10.

Excursion : mobilité apparente de chaque oeil normale dans le secteur inférieur et interne.

La correspondance rétinienne ne s'améliorant pas, on arrête les exercices, le résultat esthétique est bon.

Observation n° 2,

Enfant Renaud C.... 9 ans .

L'enfant est vu à la consultation en novembre 60, à l'âge de 9 ans pour un Marcus Gunn gauche avec strabisme. Avant toute cure de strabisme, on intervient d'abord sur son ptosis, mais le port de monture antiptosique . reste nécessaire.

- Acuité : O.D. = 7/10 avec $(90^\circ + 3) + 0,50$

O.G. = 5/10 avec $(90^\circ + 3) - 0,50$

- L'examen orthoptique est gêné par le ptosis.

- Ecran : Strabisme convergent :

(ET 25 HD 20

- Correspondance rétinienne anormale

- Déviométrie impossible

- motilité : diminution du grand oblique droit

paralysie du droit supérieur gauche.

- Bon réflexe de convergence,

- Conclusion :

paralysie du droit supérieur gauche avec hypoaction secondaire du grand oblique droit. On décide d'intervenir sur les deux muscles au cours de la même séance.

- le 14-6-62 :

plissement de 8 mm du grand oblique droit

- raccourcissement de 4 mm du droit supérieur gauche.

Résultat: après exercices orthoptiques

- Ecran : (ET 25 HD 16

(avec verre (E'T 25 H'D 16

- Correspondance anormale
- Excursion : diminution persistante du droit supérieur gauche
diminution du droit externe gauche
- Bon réflexe de convergence

Conclusion

Avant de réintervenir à cause du HD 16 (probablement par un raccourcissement du droit inférieur gauche) il faut d'abord traiter l'esotropie par un recul des droits internes droit et gauche et un raccourcissement du droit externe gauche.

Observation n° 3

Enfant Jean Louis R....

Amené à la consultation à l'âge de 17 mois en 1956 pour strabisme apparu à la naissance. La réfraction sous atropine montre une forte hypermétropie, on prescrit des verres de + 5,5 aux deux yeux.

Deux ans après, l'enfant étant plus grand, l'examen montre un strabisme convergent de 60° ; alternant, avec une acuité de : 9/10 à droite et 8/10 à gauche avec un + 5, 50.

A l'âge de 5 ans, après un/an ou deux d'exercices orthoptiques, il n'y a aucune amélioration,

1960 : - Acuité 10/10 avec + 5, 50 aux deux yeux

- écran : alterne

avec verres	(ET 35
	(E'T 35 H'G 3
sans verres	(ET 45
	(E'T 60

- synoptophore : angle objectif + 40 HG 3
pas de 1er degré.

- correspondance rétinienne anormale.

Conclusion : la déviation verticale est peu importante par rapport à l'ésotropie, il faut intervenir d'abord sur les droits horizontaux.

Intervention en mai 60 : recul des droits internes droit et gauche de 5 mm.

Résultat après 6 mois d'exercices la correspondance rétinienne reste anormale, l'hyperphorie droite se révélant une gêne à la rééducation. En effet l'examen montre :

- écran :

avec verres	(ET 12	HD 5
	(X' T5	H'D5
sans verres	(ET 18	HD 4
	(E'T 10	H'D 4

- synoptophore : angle objectif + 10 HD 7

- excursion : hypoaction du grand oblique droit.

Conclusion : paralysie ancienne du grand oblique droit ayant entraîné une esotropie en raison de l'hypermetropie existante.

On décide un plissement du grand oblique.

En été 62 : plissement du grand oblique droit de 9 mm.

Depuis l'enfant a repris la rééducation la hauteur ayant pratiquement disparu. Le résultat esthétique est excellent.

Observation n° 4

Enfant Gilbert B..... 1959.

L'enfant est adressé de province à l'âge de 11 ans pour strabisme paralytique vertical de l'enfance.

Acuité : O.D. 10/20 avec $(90^\circ + 2, 50) - 0, 75$

O.G. 6/10 avec $(90^\circ + 2, 50) + 0, 50$.

Le lancester montre :

- hypoaction du grand oblique droit
- hyperaction du petit oblique droit
- hypoaction du droit supérieur gauche
- hyperaction du droit inférieur gauche

Conclusion : paralysie du grand oblique droit ayant entraîné une contracture du droit supérieur controlatéral. On décide d'intervenir sur les deux droits verticaux.

Intervention : recul de 3 mm du droit inférieur gauche

- raccourcissement de 3 mm du droit supérieur gauche.

L'enfant repart en province où il doit poursuivre des exercices.

En 1961 : nouvel examen : ET 10 HD 10 et au lancester :

- hyperaction du droit inférieur gauche
- hyperaction du petit oblique droit
- hypoaction du grand oblique droit.

Intervention en décembre 1961. plissement du grand oblique droit de 9 mm.

L'enfant part à nouveau, son médecin traitant nous a donné des nouvelles : résultat apparent bon, à l'écran il persiste une très discrète hyperphorie droite.

Actuellement notre Maître le Professeur Agrégé BREGEAT préfère plisser d'abord le grand oblique.

Observation n° 5

Melle José C.....

Vient consulter pour la première fois en novembre 1962 pour strabisme de l'enfance traité par port de verres.

Acuité : OD : 10/10 ($100^{\circ} + 2$)

OG : 10/10 ($80^{\circ} + 2,25$)

Examen :

- écran : alterne

avec verres (0 HG 30
(X'T 18 H'G 43

sans verres (0 HG 28
(E'T 2 H'G 42

- excursion : droit supérieur droit normal,
hypoaction du grand oblique gauche
hyperaction du petit oblique gauche

- Worth : pas de vision binoculaire

Conclusion : paralysie congénitale du grand oblique gauche, faire plissement du tendon,

Intervention en décembre 1962 : plissement de 10 mm

- résultat immédiat : amélioration nette, mais l'hyperaction du petit oblique persiste

- écran : orthoporique horizontalement H G 16

- exercices orthoptiques à poursuivre avant d'envisager une myectomie du petit oblique.

Observation n° 6

Monsieur Antoine N..... 38 ans.

Consulte pour diplopie exagérée dans le regard en bas et à gauche, apparue à la suite d'une intervention pour pansinusite un an auparavant.

Acuité : 10/10 de deux yeux sans correction

Lancaster : cyclotropie

paralysie du grand oblique droit.

Intervention en novembre 60 : plissement du grand oblique droit
de 9 mm.

Résultat : après 24 séances d'orthoptie :

- Ecran : O HD₃

E'2 H'D₃

- Worth : fusion avec effort volontaire

C 16 D₃

C'30 D'6

PPC = 5

- Synoptophore : converge jusqu'à +80 dans le regard en bas et
gauche

Stabilité avec persistance d'une légère diplopie dans le regard en bas
et à gauche, non gênante.

Observation n° 7

Enfant Béatrice B..... 11 ans.

En août 61, après un polytraumatisme avec à la tête fracture ouverte frontale gauche, apparition d'une diplopie presque immédiate.

L'enfant est vue en juin 62 : diplopie intermittente.

Acuité : 10/10 O.D. sans correction

10/10 O.G. avec ($20^{\circ} - 1$)

Motilité : parésie du grand oblique gauche au verre rouge, confirmée par le lancaster.

Lancaster : nette parésie du grand oblique gauche
parésie du droit inférieur gauche

Conclusion : paralysie des deux abaisseurs de l'oeil gauche, renforcer les deux.

Intervention en Septembre 62 : plissement de 6 à 7 mm du grand oblique gauche ; résection de 4 mm du droit inférieur gauche.

Résultat : disparition de la diplopie. Excursion limitée vers le haut et à gauche.

oCo

CONCLUSIONS

En résumé, pour l'abaissement du globe dans le strabisme vertical, commencer par le plissement du muscle grand oblique qui est préférable à la myectomie du muscle petit oblique pour plusieurs raisons :

- la myectomie ne donne pas toujours le résultat escompté et ne corrige pas le défaut dans le regard en bas et en dedans. De plus il faut multiplier les précautions pour éviter l'hémorragie intra-orbitaire post-opératoire.

- le plissement est de technique facile, l'abord du grand oblique ne présente guère de difficultés, surtout par voie supéro-temporale, pour un opérateur habitué aux interventions de décollement de rétine.

- le dosage de la correction est plus facile à obtenir par le plissement.

Cependant, dans les cas anciens où l'hyperaction du petit oblique est importante, il faut dans un deuxième temps, l'affaiblir car le plissement du grand oblique seul peut ne pas suffir. Dans le même ordre d'idées, si l'hyperaction associée du droit supérieur controlatéral est importante le plissement seul est insuffisant.

Nous rappellerons quelques points techniques importants :

- ne pas traumatiser le droit supérieur,
- bien enfouir les sutures
- rabattre le pli dans l'axe du tendon
- l'intérêt de la pince à plissement.

Vu, le Président de Thèse
Professeur G. RENARD

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ADLER, F.H. -

Physiologic factor in differential diagnosis of paralysis of superior rectus and superior oblique muscles.

(Arch. Opht. 36 pp 661-673 dec. 1946)

ADLER, F.H. -

Some confusing factors in the diagnosis of paralysis the vertically acting muscles.

(Amer. J. Opht. 31 pp 387-397 - 1948)

ADLER, F.H. -

Physiologie of the eyes.

(Clinical application Mosby St-Louis)

AGUNDI, M.T. -

Cirurgia del strabismo

(Arch. Asoc. Ceguera Mex. 1959 2/14 29-36)

ALVARO, M.E. -

Simultaneous surgical correction of vertical and horizontal deviations.

(5 Ophtalmologica Basel 1950 120/5 191-196)

ANDERSON, J.R. -

Ocular vertical deviations.

(Brit. J. monographie suppl. XII - 1947)

ARDOUIN, M., CATROS, A. -

Excyclotropie traumatique : Traitement chirurgical selon la méthode de Fink.

(Soc. Opht. Ouest de la France, Caen 12 mars 1961

Bull. Soc. Opht. Fr. 1961 7-8 574-578).

ARRUGA, H. -

Chirurgie oculaire.

(Salvat-Masson Paris 1958).

ARRUGA, H. -

Diagnostico y tratamiento del estrabismo. Consejo Sup. Invest. Cient.

(Arch. Soc. Opht. Hisp-amer 1961 21/7 8-9, 10-11, 525-1794).

AURAND -

Nouveau procédé de suppléance du grand oblique.

(Ann. Ocul. mars 1930).

BANISTER, J.M. -

Surgical suggestions as to individual paralysis of the oblique ocular muscles.

(Amer. J. Opht. II pp 537-538, 1928)

BERENS, C. -

Experiences in operations on the superior oblique and the inferior oblique muscle.

(Amer. J. Opht. 1947 - 30 - 341-342).

BERENS, C. - KING, J.H. -

An atlas of ophtalmic surgery.

(J.B. Lippincott C° Philadelphia Montreal 1961 pp 623).

BELZ-BOUCHEL -

Contracture du petit oblique avec torticolis secondaire à parésie du grand oblique

(C.R. Bull. Soc. Opht. Fr. 1951 6 648-651)

BIETTI, G.B. -

Note di tecnica chirurgica oftalmologica

(Arch. Opht. Paris - 1947 17/5 539)

BIELCHOWSKI, A. -

Distribuances of the vertical muscles of the eyes

(Arch. Opht. 1938 - 20 175-198).

BONNET -

Traité des sections tendineuses et musculaires. - Paris 1841.

BRAUN-VALLON (Mme) S. -

Traitement chirurgical du strabisme.

(Encycl. Med-Chir. Opht. 21, 555 - 30 nov. 1959)

BROWN, H.W. -

Complications in surgery of the extra ocular muscles - "Management of complications in eye surgery"

(Fasanella R.M. - W.B. Saunders C° Philadelphia)

CALMETTES, L. - DEODATI, F., - DELFOUR, G., - BECHAC, G. -

Les indications opératoires des paralysies ocùlo-motrices

(Soc. Oto.-Neuro- Opht. Toulouse 20 fevr. 1961

Rev. Oto- Neuro- Opht. 1961 33/3 121-129).

CASTANERA PUEYO, A. -

Estrabismos et heteroforias.

(Edit. pas Montalvo Madrid - 1958 436)

CHABOT, J. -

A propos du traitement chirurgical des déviations verticales dans le strabisme fonctionnel.

(Soc. Opht. Bordeaux et Sud-Ouest 15 oct. 1961

Bull. Soc. Opht. Fr. 1961 10 753-764).

CHAMBERLAIN, W.P. -

Annual reviews Strabismus

(Arch. Opht. Chicago 1960 64/1 147-158)

CORTES, M.V. -

Paralysis del oblicuo superior. Presentacion de un caso clinico operado con la tecnica del tucking.

(Soc. Chil. Oftal. 1959 26 Junio ; Arch. Chil.

Oftal. - 1959 16/1 25-31)

CORTES, M. - RIVEROS, M. -

Tratamiento quirurgico de la exotropia en "V"

(Jordanas Chil. Oftal. 25-27 de nov. 1960 ;

Arch. Chil. Oftal. 1961 18/1 23-28).

CREUSILLET, J.M. -

Contribution à l'étude des indications thérapeutiques et du traitement des paralysies du grand oblique

(Thèse Paris 1960)

CUPPERS, C. -

Directives dans le traitement chirurgical du strabisme (avec projections cinématographiques)

(Soc. Opht. de l'Est de la France Nancy 23, 24, 25 mars 1962 ; Bul. Soc. Fr. 1962 5 268-273).

DANEN, P. et WEEKERS, R. -

Les indications de la myotomie du petit oblique dans le traitement du strabisme convergent concomitant.

(Soc. Belge Opht. 1954 107 357-365)

DAVIS, W.J. -

Paresis of the right superior oblique and the left superior rectus, differential diagnosis

(Arch. Opht. 1944 32 372-388).

DE JAEGER et BERNOLET. -

La paralysie du grand oblique.

(Bull. Soc. Opht. 98 253-260 1951)

DESVIGNES, P. -

Le torticollis oculaire

(Sem. des Hôpitaux, Paris 1948 - 24/33 1079-1081).

DUANE, A. -

Anomalies des muscles oculaires

(Arch. Opht. 1934 II 394-322)

DUNLAP, E.A. -

Selection of operative procedures in vertical muscle deviations

(Amer. Med. Ass. Miami Beach June 1960

13-17 ; Trans. Amer. Med. Asso. Sec.

Opht. 1960 109 24-32.)

DUNLAP, E.A. -

Los síndromes en A y V

(Arch. Oft. B. Aires 1961 36/I 146-152)

DUNNINGTON, J.H. -

Quelques notions sur le traitement chirurgical des déviations verticales.

(Amer. J. Opht. nov. 1948 31 1404-1508).

FINK, W.H. -

Surgery of the vertical muscles of the eye.
Ch. Thomas Publ. Springfield 1962.

FRANCOIS, J. -

Traitement chirurgical des paralysies oculaires
(J. Int. Coll. Sing. 1953 20 634-643)

FOCOSI, M. et GUZZINATI, G.C. -

Valeur de la myotomie marginale dans la correction de l'hyper-
action du petit oblique.
(Bull. Oculist. 1956 35/3 202-216).

GALLOIS -

Contribution à l'étude des paralysies O.M. et de leur traitement
orth.
(Thèse Paris 1954).

GRAEFE (Von) A. -

Hand buch des Augenheilkunde.
1898 V, VIII, p. 84

GRAZIANI, G. et DALFUIME, E. -

Considérations cliniques, indications thérapeutiques et résultat
dans 5 cas de torticollis oculaire.
(Soc. Opht. Ital. Milan 6 IX - 1957)

GUILLAUMAT, L. et PAUFIQUE, L. et coll.

Traitement chirurgical des affections oculaires
(Doin edit.)

HUGONNIER, R. -

Strabismes, hétérophories, paralysies oculo-motrices.
(Masson edit.)

HUGONNIER, R. -

Les syndromes en A et V
(Soc. Opht. de l'Est de la France, Nancy 23, 24, 25
mars 1962 - Bull. Soc. Opht. Fr. 1962 - 5 286-290).

JACKSON, E. -

Transfer of fonction of ocular muscle
(Amer. J. Opht. 1923 6 117-122).

KREWSON, W.R. -

Inclinaison de la tête dans le diagnostic des troubles oculo-moteurs
(Amer. J. Opht. 1956 42/5 1810).

KISKINEN, K. et VANNAS, M. -

Squint operation for treatment of ocular torticollis.
(Finnish Opht. Soc. 26 may 1956 ; Acta Opht. Kbh,
1957 35/I 69)

LAVAT, J. -

Note pratique sur la chirurgie des obliques
(Ann. Ocul. Paris 1961 194/5 397-410)

LYLE, T.K. -

Worth and Chavasse's Squint. Ed. Baillière ; Tindall et Cox
London 1959)

Mc GUIRE, W.P. -

Presents concepts of surgery of the superior oblique muscle
(Amer. J. Opht. 1953 36/9 1237-1241 ; Arch. Opht.
Paris 1954 14/6, 664).

Mc LEAN, J.M. -

Direct surgery of paretic oblique muscles
(Arch. Opht. Chicago 1949 42/1 50-65)

MALBRAN, J. -

Strabisme et paralysies.
(Ed. Heryly Charleroi 1949 - (trad. Sevrin)

MALBRAN, J., NORBIS, A.L. et MALBRAN, E. -

Ligne de conduite et traitement de la paralysie du grand oblique.
(Soc. Suisse Opht. St. Gall 1954 ; Ophtalmologica
Basel 1955 130/2 97-112.)

MALBRAN, E. -

Tratamiento quirurgico de los estrabismos verticales.
(Cong. Panamer. Oft. Caracas enero-febrero 1960 ;
Arch. Soc. Oft. Hisp. Amer. 1960 20/9 1014 1033)

MAMELOK, A. et SULLIVAN, J. -

Superior oblique surgery
(New York Acad. Med. Opht. 16 march 1953 ; Arch.
Opht. Chicago 1954 51/3 405).

PAUFIQUE, L. et HUGONNIER, R. -

Traitement chirurgical des paralysies anciennes du grand oblique.
(Ann. Ocul. 1951 193-205)

QUEIROZ MARINHO A. et MARQUES, C. -

A cirurgia dos musculos obliquos na correcção dos estrabismos
(Congr. Soc. Port. Of. Braga 1960 ; Arch. Port. Oft.
1960 12/2 121-133).

RUEDEMANN, A.D. -

Scoliosis and vertical ocular muscle imbalance
(Arch. Opht. Chicago 1956 56/3 389-414)

RUBINSTEIN, K. et DIXON, K. -

Myectomy of the inferior oblique : report on 100 cas.
(Brit. J. Opht. 1959 43/1 21-28).

SARNIGUET, J.M. -

Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des paralysies du grand oblique.
(Thèse, Paris 1955).

SCHLOSSMANN, A. -

Superior oblique muscle surgery.
(Eye Ear Nose & Throat Month. 1958 37/5 340-345).

SEVRIN, G. et CALLIER, J. -

Strabismes obliques et résultats opératoires.
(Bull. Soc. Belge Opht. 1951 pp. 98, 260-261)

SEVRIN, G. -

Sobre la cirugía de los síndromes en A y V
(Soc. Oft. Hisp.-Amer. ASTURIAS 1961 ; Arch. Soc.
Oft. Hisp.-Amer. 1962 22/4 336-338)

WEEKERS, R., BROUHON MASSILLON, L. et GILSON, M. -

Traitement chirurgical de la paralysie du grand oblique
(Arch. Opht. Paris 1962 22/5 453-474).

WEEKERS, R. et DAENEN, P. -

Traitement chirurgical du strabisme paralytique
(Soc. Belge Opht. ; Bull. Soc. Belge Opht.
1955 109 I I-170 p 103).

WHITE, J.W. -

Hyperphoria, diagnosis and treatment.

(Arch. Opht. 7 mai 1932 739-747)

WHITE, J.M. -

Surgery of the inferior oblique at or near its insertion

(Amer. J. Opht. 1943 26 586-591)

TALOR, D.M. -

Effectives management of strabismus

(Amer. J. Opht. 1960 50/5 1 757-764).

ooooOoooo

